



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te
Amersfoort

Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie-extirpatie,
hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, art. 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004, art. 28
Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)

Zaaknummer : 201901150

Zittingsdatum : 30 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 5 augustus 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 11 oktober 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 11 oktober 2019 respectievelijk 18 oktober 2019 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 4 december 2019 heeft de commissie bij tussenuitspraak bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de commissie binnen vier weken na de datum van deze tussenuitspraak moet informeren over:
 - (i) het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open DIS-data betrokken tarief voor de behandeling met DBC zorgproductcode 990004048, en
 - (ii) het exacte bedrag van de opslag (5,4% over het onder (i) bedoelde tarief).
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 december 2019 op de tussenuitspraak gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 7 januari 2020 aan verzoeker gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Verzoeker heeft van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Voor de vaststaande feiten wordt in de eerste plaats verwezen naar de tussenuitspraak van 4 december 2019.
- 3.2. In vervolg op deze tussenuitspraak heeft de ziektekostenverzekeraar bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open DIS-data betrokken tarief voor de in geding zijnde behandeling opgevraagd. De NZa heeft de ziektekostenverzekeraar bericht dat "het hoogste tarief bij gemiddeld tarief voor DBC zorgproduct 990004048" € 3.280,55 is. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de opslag berekend. Deze bedraagt € 177,--.



4. Geschil

- 
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie, na wijziging van zijn verzoek, verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in Benidorm, Spanje, uitgevoerde gynaecomastie-extirpatie volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 3.493,65 te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.



5. Bevoegdheid van de commissie

- 
- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.



6. Beoordeling

- 
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij de tussenuitspraak. Verder is in de bijlage artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 weergegeven. Tot slot zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van de tussenuitspraak en het bindend advies.



Verzoek ziektekostenverzekeraar tot intrekking tussenuitspraak

- 
- 6.2. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij tussenuitspraak van 4 december 2019 opgedragen (i) na te gaan wat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open DIS-data betrokken tarief is voor de behandeling met DBC zorgproductcode 990004048, en (ii) het exacte bedrag van de opslag (5,4% over het onder (i) bedoelde tarief) te berekenen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 december 2019 het gevraagde aangeleverd. Tevens heeft hij verzocht terug te komen van de bindende eindbeslissing in de tussenuitspraak van 4 december 2019 wat betreft het marktconform tarief. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. De commissie overweegt ten aanzien van dit verzoek van de ziektekostenverzekeraar het volgende.
- 
- 6.3. Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad, onder andere HR 25 april 2008, NJ2008/553, ECLI:NL:HR:2008:BC2800, volgt dat de eisen van een goede procesorde kunnen meebrengen dat de rechter, aan wie is gebleken dat een eerdere door hem gegeven, maar niet in een einduitspraak vervatte eindbeslissing berust op een onjuiste juridische of feitelijke grondslag, bevoegd is om, nadat partijen de gelegenheid hebben gekregen zich dienaangaande uit te laten, over te gaan tot heroverweging van die eindbeslissing, teneinde te voorkomen dat hij op een ondeugdelijke grondslag een einduitspraak zou doen. De commissie sluit zich hierbij aan.
- 
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft – samengevat – betoogd dat de commissie met het oordeel in de tussenuitspraak treedt buiten de omvang van het geschil, haar bevoegdheden op grond van het toepasselijke reglement te buiten gaat en handelt in strijd met de goede procesorde. Daarnaast voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de commissie niet bevoegd is zich uit te spreken over (de invulling van) het begrip 'marktconform tarief', zoals zij heeft gedaan in de tussenuitspraak, en voorts dat het hem vrij staat voor de vaststelling van het marktconforme tarief het gemiddeld gecontracteerde tarief voor een verzekerde prestatie als uitgangspunt te nemen. Tot slot is door de ziektekostenverzekeraar naar voren gebracht dat in Open DIS-data ook tarieven van niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn opgenomen. Hiermee kennelijk stellend dat de berekeningswijze uit de tussenuitspraak op een onjuiste grondslag is gebaseerd.

- 6.5. Wat betreft het eerste punt, stelt de commissie vast dat in artikel 2.2 Bzv is bepaald dat een zorgverzekeraar is gehouden de kosten van zorg en overige diensten te vergoeden, tenzij deze kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden redelijk is te achten. Omdat een zorgverzekering alleen als zodanig wordt gekwalificeerd indien deze voldoet aan de onderliggende wet- en regelgeving is dit ook vastgelegd in de verzekeringsovereenkomst. Dat geschillen over de uitvoering van die overeenkomst tot de bevoegdheid van de commissie behoren, volgt uit het toepasselijke reglement. De beoordeling van de vordering van verzoeker valt zonder meer binnen de bevoegdheid van de commissie.
- 6.6. Voor zover de ziektekostenverzekeraar betoogt dat de commissie geen *eigen* invulling mag geven aan het marktconforme tarief geldt in de eerste plaats dat de wetgever de norm open heeft gelaten en het invullen ervan heeft overgelaten aan de rechtspraak. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn verzekeringsvoorwaarden volstrekt in het midden gelaten hoe hij dit tarief bepaalt.
De commissie is bekend met een zaak bij de rechtbank Noord-Nederland (ECLI:NL:RBNNE:2019:5148) waar een soortgelijk geschil met de ziektekostenverzekeraar aan de orde was. In deze zaak werd door de ziektekostenverzekeraar het zogenoemde P95-criterium (op basis van het door hem gemiddeld gecontracteerde tarief) gehanteerd. De rechtbank heeft hier enkele kanttekeningen bij geplaatst en uit de brief van 30 december 2019 maakt de commissie op dat dit heeft geleid tot een wijziging. De commissie begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar op dit moment een dubbelcriterium hanteert: (i) het gemiddeld gecontracteerde tarief plus 25%, waarbij de uitkomst wordt afgezet tegen (ii) het hoogste tarief op basis van 95% van de door hem ontvangen restitutenota's. Aangezien de ziektekostenverzekeraar meent de hoogte van de vergoeding te mogen bepalen en hierbij verschillende berekeningswijzen hanteert, die bovendien alle niet kenbaar zijn voor de verzekerde en kennelijk in tijd veranderen, ziet de commissie het als haar taak een objectieve norm vast te stellen teneinde te bepalen tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden.
- 6.7. Door de ziektekostenverzekeraar wordt er terecht op gewezen dat in Open DIS-data ook tarieven van niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn opgenomen. Gelet op de regierol van de zorgverzekeraars mag worden aangenomen dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieders veelal hogere tarieven hanteren dan gecontracteerde zorgaanbieders. Omdat de bovenste 10% van de nota's buiten de berekening blijven, en hier dus relatief veel nota's van niet-gecontracteerde zorgaanbieders bij zijn betrokken, is een correctie op zijn plaats. De commissie heeft hiervoor in haar tussenuitspraak het verschil in premie tussen twee soorten polissen (naturapolis, niet zijnde een budgetpolis, en restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg) als uitgangspunt genomen, omdat dit verschil kan worden geacht een goed beeld te geven van de onderscheiden schadelast.
- 6.8. Hetgeen hiervoor is overwogen leidt tot de conclusie dat geen sprake is van een onjuiste juridische of feitelijke grondslag, en dat de beslissing, zoals vervat in de tussenuitspraak van 4 december 2019, in stand kan blijven. Rest nog de vaststelling van de hoogte van de vergoeding, uitgaande van de door de ziektekostenverzekeraar verstrekte, en door verzoeker niet betwiste, gegevens.

Zorgverzekering

- 6.9. In de tussenuitspraak van 4 december 2019 is uiteengezet dat alleen de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding partijen verdeeld houdt. Omdat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is op basis van een restitutiepolis heeft hij aanspraak op volledige vergoeding van de kosten, tenzij het tarief dat wordt gedeclareerd in de Nederlandse marktomstandigheden niet passend is te achten. Dit blijkt uit artikel 2.2. Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het gedeclareerde tarief van € 4.350,-- naar de Nederlandse marktomstandigheden niet passend is. In plaats daarvan heeft hij besloten totaal € 3.493,65 te vergoeden. Dit bedrag is gebaseerd op het gemiddeld gecontracteerde tarief (€ 2.794,92) plus 25%.

In de tussenuitspraak heeft de commissie geoordeeld dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde berekening niet juist is omdat deze uitgaat van een gemiddelde. Dit is in strijd met de regeling van de NZa (TH/NR-010), terwijl daarnaast een deugdelijke onderbouwing van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde opslag van 25% ontbreekt.

- 6.10. Omdat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde wijze van berekening derhalve niet juist is en wetgeving op dit punt ontbreekt, heeft de commissie een systematiek ontwikkeld op basis waarvan kan worden beoordeeld of het gedeclareerde tarief naar de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Hiervoor heeft de commissie gekeken naar de hele zorgverzekerenmarkt. Van deze markt is ca. 2/3e deel verzekerd op basis van een naturaverzekering, combinatiepolis of een restitutieverzekering met gecontracteerde zorg. Tarieven voor deze verzekeringen komen tot stand door afspraken die worden gemaakt tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Via Open DIS-data van de NZa kan worden achterhaald wat het gemiddeld (gecontracteerde) tarief is voor een bepaalde behandeling, waarbij overigens de laagste en hoogste declaraties reeds buiten de berekening zijn gelaten. De commissie heeft bepaald dat de ziektekostenverzekeraar bij de NZa navraag dient te doen naar het hoogste tarief dat bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open DIS-data is betrokken voor de behandeling met DBC zorgproductcode 990004048. Voor het resterende deel van de markt, dat is verzekerd op basis van een restitutiepolis zonder gecontracteerde zorg, geldt dat de gedeclareerde tarieven als regel hoger zijn omdat deze niet tot stand komen door middel van prijsafspraken. Zoals onder 6.7 is toegelicht, leidt de berekening van Open DIS-data ertoe dat relatief veel hoge restitutenota's buiten toepassing blijven en daarom is een correctie nodig. Voor het betreffende deel van de markt vormt het verschil in premie tussen de aangeboden naturapolis (niet zijnde een budgetpolis) en de resitutiepolis zonder gecontracteerde zorg een goede aanwijzing voor het onderscheid in schadelast, en daarmee voor het verschil in hoogte van de declaraties. In de onderhavige kwestie bedraagt het verschil in premie 5,4%.
- 6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft in vervolg op de door de commissie uitgebrachte tussenuitspraak bij de NZa het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open DIS-data betrokken tarief voor de in geding zijnde behandeling opgevraagd. De NZa heeft de ziektekostenverzekeraar bericht dat "het hoogste tarief bij gemiddeld tarief voor DBC zorgproduct 990004048", € 3.280,55 is. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de opslag berekend. Deze bedraagt € 177,--. De uitkomst van de berekening komt daarmee op € 3.457,70. Nu de uitkomst lager is dan de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding van € 3.493,65 betekent dit dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is verzoeker een hogere vergoeding te betalen.

- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2020,

H.A.J. Kroon

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
(...)

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- (...)

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - b. liposuctie van de buik;
 - c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
 - g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- (...)

Let op! Heeft u een restitutiepols? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel 2.1 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen' leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgaanbieders, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel 4.2 genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of zbc hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel 26, 27 lid 1, 28, 31, 33 lid 1 en 2) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen 4.3.1 en 4.3.2 niet. Het gaat om:

- a spoedeisende zorg;
- b verloskunde;
- c kaakchirurgie;
- d behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- e zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- f vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m e, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 15.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Restitutiepols (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepols en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 15.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.



14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekosten-verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.



Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

24 Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan heeft u recht op vergoeding van de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

- a de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
- b overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor het recht op vergoeding van deze kosten

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

25 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op de volgende behandelingen:

- a transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie moet plaatsvinden in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn;
- b transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving.

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:

- a kiezen van de donor;
- b operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
- b vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
- c vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Verblifskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

26 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;



- e de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

- 1 Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c liposuctie van de buik;
 - d behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 2 U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

27 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (27.1) en geriatrische revalidatie (27.2).

27.1 Medisch specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- 2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject;

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

27. Schriftelijke informatieverstrekking

Kenmerk

TH/NR-010

Pagina

11 van 28

- 27.1 Wanneer een ziektekostenverzekeraar een schriftelijk informatiepakket aanbiedt aan consumenten over de op de markt aangeboden polissen, dient de verzekeraar daarin ten minste de informatie op te nemen die ingevolge artikelen 6, 13, 15, 17 en 24 op de website vermeldt of vermeld moet worden.
- 27.2 Wanneer een ziektekostenverzekeraar geen website beheert of laat beheren, verstrekt de ziektekostenverzekeraar desgevraagd alle in deze regeling genoemde informatie op schrift aan consumenten.

28. Gebruik term marktconform tarief

De zorgverzekeraar gebruikt het begrip marktconform tarief enkel wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

29. Typering polissen

- 29.1 De zorgverzekeraar typeert elke polis als naturapolis, combinatiepolis of restitutiepolis.
- 29.2 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'naturapolis' en 'natura' enkel om polissen te beschrijven waarbij de zorgplicht zodanig is vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zorgverzekeringswet.
- 29.3 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om polissen te beschrijven die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zorgverzekeringswet en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.
- 29.4 De zorgverzekeraar typeert alle polissen die niet onder het tweede lid of het derde lid van dit artikel vallen als 'combinatiepolis', waarbij de zorgverzekeraar aangeeft voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op zorg en voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”